



被保険者
被扶養者

埋葬料(費)支給申請書

被保険者(申請者)記入用

▼被保険者本人が死亡したための申請の場合、「氏名」及び「住所」欄は申請者の情報をご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の記号番号 (左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男
	フリガナ					<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯				
	氏名					連絡先					
	住所	〒	都道府県	市区町村	町名・番地 アパート・マンション名						

▼被扶養者(ご家族)が死亡したための申請の場合、ご記入ください。

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。					
	氏名				令和	年	月

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合は)、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

▼被保険者が死亡したための申請の場合、ご記入ください。

振 込 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は✓。利用しない場合は下記に口座情報を記入) 注1)口座情報の反映には登録から数日を要します。 注2)JADEC.COMけんぽ加入者以外の方が受取人になる場合は、公金受取口座を利用することはできません。										
	金融機関 コード・名称	金融機関コード			支店等コード						
		名称	銀行 金庫 農協 漁協 その他()			本店 支店 出張所 本所 支所					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知		口座番号		左づめでご記入ください。					
	口座名義	フリガナ									
	漢字										
※フリガナは、姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。											

「被保険者(申請者)・事業主記入用」は裏面に続きます。

健 康 保 険 組 合 使 用 欄	受付日	令和	年	月	日
	決定日	令和	年	月	日
	支払日	令和	年	月	日

組合受付印	事業所受付印



被保険者
被扶養者

埋葬料(費)支給申請書

被保険者氏名

被保険者(申請者)・事業主記入用

申請内容	死亡した方の	死亡年月日 令和 年 月 日	死亡原因	第三者の行為によるものですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。			
	●被扶養者が死亡したための申請であるとき						
	被扶養者の氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			被保険者との続柄		
	亡くなられた被扶養者の方は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき				<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ		
	「はい」の場合、被扶養者の方が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。				保険者名		
					記号・番号		
	●被保険者が死亡したための申請であるとき						
	被保険者の氏名	被保険者からみた申請者との身分関係	埋葬した年月日 令和 年 月 日				
	埋葬に要した費用の額	法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額)		円			
	亡くなられた方は、退職等により地域医療振興協会健康保健組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ①資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき ②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき ③資格喪失後、②の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき				<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ		
「はい」の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた				保険者名			
				番号			
●介護保険法のサービスを受けていたとき							
保険者番号	被保険者番号	保険者名称					

事業主証明欄	死亡した方の	氏名	被保険者・被扶養者の別 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日 令和 年 月 日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名		電話 ()	